

## Nueva ley contempla derivar a pacientes no Ges a la red privada de salud cuando se incumplan tiempos de atención

Fue en 2019 cuando se envió al Congreso Nacional el “seguro de salud clase media” que planteaba a través de una cobertura financiera especial en la modalidad de atención de “libre elección” de Fonasa, mejorar el acceso y resolución integral de los problemas de salud de los afiliados al sistema público mediante el uso de prestadores privados con una cobertura mayor y copagos conocidos.

Esa norma fue la base para la ley 21.736 recién publicada en el Diario Oficial y que crea el sistema de acceso priorizado del FONASA modificando el DFL 1 de 2005, del Ministerio de Salud. Este sistema, para beneficiarios de Fonasa, establece que se debe otorgar acceso priorizado y protección financiera a un listado de intervenciones sanitarias definidos anualmente y que no cuentan

con Garantías Explícitas en Salud (GES) ni se encuentren contenidas en la Ley Ricarte Soto, para diagnóstico y tratamiento de enfermedades de alto costo. En concreto, para las condiciones de salud que hoy se encuentran en listas de espera.

Las intervenciones deben incluir todos los elementos necesarios para resolver el problema de salud y se otorgarán por prestadores privados en convenio con Fonasa, los que serán remunerados por mecanismos de pago de soluciones a dichas intervenciones.

El decreto que define los tratamientos a cubrir cada año será firmado por Salud deberá, según explica Carolina Velasco, directora de Estudios de IPSUSS de la Universidad San Sebastián, contemplar lo siguiente:

(i) Considerar la disponibilidad presupuestaria

(ii) Fundarse en un estudio del Minsal que considere las intervenciones propuestas por las subsecretarías, las capacidades de la red de salud estatal (con uso eficiente) y tiempos de espera, así como de las capacidades de prestadores privados, un análisis de costo y su proyección que le corresponde a Fonasa.

El acceso al sistema priorizado y las condiciones de entrega son diferentes según sea el grupo de Fonasa al que pertenecen sus usuarios, estableciéndose dos esquemas diferentes, que contarán con igual presupuesto cada uno.

Esquema 1. Para beneficiarios del grupo A de Fonasa y del Programa de Reparación y Atención Integral de Salud (PRAIS), quienes no tendrán copago y deberán atenderse en el prestador asignado por Fonasa, entendiéndose

realizadas mediante la Modalidad de Atención Institucional (MAI). Contarán con protocolos de tiempo de espera y calidad, que si no se cumplen deberán ser derivados a otros prestadores.

Esquema 2. Para beneficiarios de los grupos B, C y D de Fonasa, quienes deberán pagar un deducible por cada intervención (que es mayor según sea el grupo de Fonasa -menor para el grupo B y mayor para el grupo D) y podrán elegir el prestador dentro de los disponibles, entendiéndose realizadas mediante la Modalidad de Libre Elección (MLE).

Cabe mencionar que el proyecto original (boletín 12.662-11 que creaba el “seguro de salud clase media” a través de una cobertura financiera especial en la modalidad de atención de “libre elección” de Fonasa), también buscaba me-

jorar el acceso y resolución integral de los problemas de salud de los afiliados de Fonasa mediante el uso de prestadores privados con una cobertura mayor y copagos conocidos.

Según explica Velasco, “varios de los aspectos que proponía la ley de 2019 se mantuvieron en el proyecto aprobado, lo que lleva a concluir que hay acuerdo en que los prestadores privados, mediante buenos convenios, pueden ser un

aporte para solucionar los problemas de salud de las personas, especialmente ante un sector prestador estatal de salud cuya productividad viene cayendo con el tiempo y que no ha logrado modernizarse para abordar adecuadamente las necesidades de sus beneficiarios”, concluyó.

La norma establece que Fonasa velará por el correcto funcionamiento del SAP y la Superintendencia de Salud conocerá los reclamos de beneficiarios.

